

# Abschlussarbeit

## ÖÄK Diplomlehrgang Geriatric

**Wissenschaftliche Leitung:**

Prof. Dr. Franz Böhmer  
Prim. Univ. Prof. Dr. Monika Lechleitner

**Rückfragen:**

österreichische akademie der ärzte  
Weihburggasse 2/5  
A-1010 Wien  
Tel.: +43 1 512 63 83-40DW

Dr. Reinhard Aumayr  
Arzt für Allgemeinmedizin  
A-4072 Alkoven,  
Alte Hauptstr.25  
[r.aumayr@gmx.at](mailto:r.aumayr@gmx.at)

Paper zur Erlangung des Diploms für Geriatrie und Palliativmedizin der Österreichischen Ärztekammer.

Das Thema „Die allgemeinärztliche Visite“ sei nicht als Themenverfehlung dieser Aufgabe zu sehen, denn, wie weiter unten angeführte Statistiken zeigen, dient der weitaus überwiegende Anteil der Visitentätigkeit der Betreuung alter und chronisch kranker PatientInnen. Diese Tätigkeit fordert somit vom visitierenden Arzt geriatrische und palliativmedizinische Kenntnisse, autodidakt und/oder in Kursen erworben.

**Der allgemeinmedizinische Hausbesuch ist die geriatrische Visite schlechthin.**

Strapazieren sie „Google scholar“ mit „ärztliche Visite“ oder ähnlicher Formulierung, so werden

Sie auf Arbeiten von Linus Geisler, Thomas Bliesener, Wolfgang Böcker und Klaus Dörner kommen. Sie „linken“ sich weiter zu Michael Balint und Fritz Meerwein.

Neben der Abhandlung des „Ärztlichen Gesprächs“ und der „Krankenhausvisite“ finden Sie allerdings zum ärztlichen Hausbesuch sui generis nichts Konkretes.

Th. Bliesener bezeichnete die Klinikvisite den „Verhinderten Dialog“ . Andere sprechen von der „Kurvenvisite“.

Tönis hat sich im Lehrbuch „Allgemein- und Familienmedizin“, Hrsg. M.Kochen, zum Thema „Hausbesuch“ geäußert.

Impressionen aus dem Kurzreferat von Dr. Kristian Kristoferitsch, anlässlich der Diplomverleihung Geriatrie im Oktober 2010, der sich neben eigenen Eindrücken, ebenfalls in erster Linie auf die Arbeit von Tönis bezieht, fließen in meine Darlegungen ein.

2002 wurde an der Universität Göttingen eine doch relativ große Statistik mit dem Thema „allgemeinärztlicher Hausbesuch in Deutschland“ erhoben . Die Kassenabrechnungsdaten von 158 000 Patienten wurden einer Auswertung

unterzogen. Einige Kennziffern : Auf 100 allgemeinmedizinische Konsultationen kamen 9 Hausbesuche. Also 9% aller allgemeinmedizinischen Konsultationen wurden in Visiten erbracht. 12% aller Patienten bekamen einen Hausbesuch pro einem Jahr. Dabei waren ältere Frauen die häufigst Visitierten. 5% erhielten aber mindestens 26% der Besuche im Jahr. Dringende Hausbesuche schlugen mit 2/3 aller Besuche zu Buche. Die Anzahl der Hausbesuche nahm im Beobachtungszeitraum, trotz ansteigendem Durchschnittsalter der Patienten ab. Eine weitere Aussage: Aufgrund des demografischen Wandels wird sich der Besuchsbedarf zukünftig vergrößern. Die Besuchsfrequenz wird in Deutschland als zu hoch im Vergleich mit dem europäischen Durchschnitt befunden.

Derzeit ist die Hausbesuchsfrequenz unter den niedergelassenen Allgemeinmedizinern in Oberösterreich rückläufig. (persönliche Mitteilung des Präsidenten der OÖ ÄK).

1977 zeigt Hamm in seiner Untersuchung für Hamburg, dass 86% aller Hausbesuche durch AllgemeinärztInnen, 4,6% durch Internisten und nur 6,2% durch Kinderärzte mit den Krankenversicherern abgerechnet worden waren.

Müller errechnete 1984 für die ehem. DDR für 75 Millionen Konsultationen 6 Millionen (8,3%) Hausbesuche.

In einer englischen Untersuchung kamen höchst unterschiedliche Visitenfrequenzen zur statistischen Auswertung: Auf 1000 Konsultationen in 100 englischen Allgemeinpraxen kamen zwischen 28 und 353 Hausbesuche.

Ich will mich in diesem Papier nicht so sehr auf statistische Visiten Daten konzentrieren. Eine Analyse meiner eigenen Visitentätigkeit habe ich schon gezogen, aber deren Ergebnisse entbehren aufgrund der geringen Fallzahl ohnedies allgemein gültiger Relevanz. Ich will mich mehr mit Einzelproblempunkten der Visitentätigkeit befassen.

Die sehr hohe Varianz der Visitenanzahl in den wenigen veröffentlichten Arbeiten ist zu beachten und ihre Bedeutung und Rechtfertigung zu hinterfragen. Auch für meine Visitentätigkeit, die sich in der Frequenz im obersten Bereich befindet. Das liegt vermutlich an der Grundeinstellung zu dieser ärztlichen Aufgabe.

Die Visitentätigkeit in Form von „Langzeitbetreuungsbesuchen“ ist eben eine spezielle Möglichkeit geriatrische Patienten in deren vertrauter Umgebung mit ihren Gebrechen oft bis zum Lebensende zu halten. Sie ist nicht eine lästige, die Routine unterbrechende, unkalkulierbare Aufgabe.

Ich werde mich mit den verschiedensten Faktoren welche die Visitenfrequenz beeinflussen, mit der Ausrüstung , mit Argumenten die für und gegen den geriatrischen Hausbesuch sprechen, befassen.

Das Papier könnte jungen, angehenden KollegInnen helfen, sich der ländlichen Hausvisite zu stellen und könnte für Interessierte ein „Testimonium der allgemeinmedizinischen Visitentätigkeit“ abgeben.

Ich meine schon zu Beginn dieser Arbeit, dass es sowohl im medizinischen als auch im standespolitischen Interesse liegen muss Hausbesuche attraktiver zu machen . Ich stelle dem die derzeitige Entwicklung in der „extramuralen“ Betreuung durch speziell in medizinischen Einzeltätigkeiten geschultes Hilfspersonal, wie Herzinsuffizienzschwestern, Wundmanagern, computerisierte Körpergewicht-, Blutdruck- und Befindensfernerhebungen zum Management der Herzinsuffizienz gegenüber und stelle da gleich die Frage nach der ökonomischen Relevanz.

Eine großzügig angebotene Betreuung betagter Menschen zu Hause hilft wesentlich Betreuungsbetten in Pflegeheimen zu sparen. Speziell in kleiner strukturierten Gegenden in denen kleine Pflegeheime unrentabel sind. (Geriatrisches Konzept der Stadt Wien – Heime sind erst ab einer Bettenanzahl von 240 ökonomisch zu führen).

Um für meine Tätigkeit eine Zustanderhebung zu bekommen habe ich exemplarisch die 42. und 43. KW 2010 herangezogen und diese Wochen bezüglich der Visitengesamtzahl, der Unterteilung in dringende, die gewohnte Arbeit akut unterbrechende Visiten, Erstbesuch und Langzeitbetreuungsvisiten (nach Tönis) eingeteilt. Ich habe die jeweiligen Beratungsursachen grob klinischen Fächern und Organsystemen zugeordnet. Ferner habe ich Altersgruppen gebildet:

0-15 Jahre deswegen weil in dieser Altersgruppe doch Infekte und Verletzungen das Groß der Berufungsanlässe bilden. In dieser Gruppe, bei erstaunlich geringer Beanspruchungsfrequenz, waren es ausschließlich Akut- und Erstvisiten.

16 - 60 Jahre : Hier finde ich neben akuten Infekten, Unfall und internistischen Berufsgründen eben noch kaum Krankheiten die Langzeitbetreuungsbesuche nötig machen würden, sehe ich von wenigen tragischen Erkrankten im oncologischen und neurologischen Bereich mal ab.

61 – 75 Jahre deswegen, da in dieser Altersgruppe meist noch eine sehr gute Mobilität gegeben ist und Besuche aus ähnlichen Ursachen wie in der jüngeren Gruppe zu finden sind.

76 bis 99 Jahre, weil sie die geriatrischen Fälle sui generis darstellen und die überwiegende Anzahl der Langzeitbetreuungsbesuche verursachen.

Sicherlich sind es individuelle Arbeitsweisen, welche sich in der Visitenfrequenz niederschlagen. Schlichtweg die Bereitschaft Visiten zu fahren. (Ich persönlich fahre lieber mal gleich eine Visite um Klarheit über den Fall zu haben, als dass Unklarheit über diesen PatientIn mich bei meiner übrigen Routinearbeit blockiert). Auch topografische Verhältnisse und die „Erziehung der Patientenschaft“ spielen eine Rolle. Vielleicht stellen sich auch mehr immobile und multimorbide, an ihre Wohnung gebundene PatientInnen, in solchen Praxen, wie meiner, ein.

Meine hohe Visitenfrequenz wird überraschen, hat sich in 25 Jahren Praxisalltag aber bewährt. Die Bereitschaft Hausbesuche zu machen steigert die Patientenzufriedenheit.

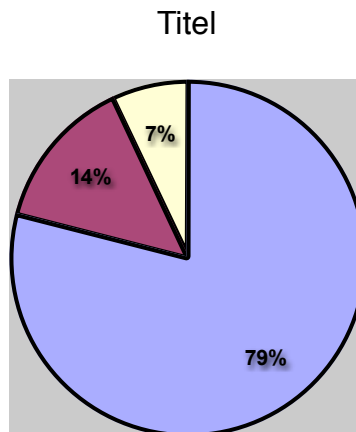
Wie schon weiter oben erwähnt, habe ich eine grobe Fachzuordnung der jeweiligen Beratungsanlässe bei den einzelnen Visiten getroffen. Das heißt, dass die jeweiligen Beratungsanlässe zu den einzelnen Konsultationen nicht immer der Grund- und Hauptdiagnose entsprachen, sondern dass beim regelmäßig Visitierten auch mal mehrere Beratungsanlässe aus den unterschiedlichsten Fachbereichen das Thema der Visite sind und nicht die Grunderkrankung selbst.

So die Eckdaten der 42. und 43. Kalenderwoche 2010:

Ich habe in den 7 Arbeitstagen, an denen eine normale Visitentätigkeit stattfand, (Feiertage mit Bereitschaftsdienst sind ausgeschlossen worden) insgesamt 141 Visiten gefahren.

Darunter waren 111 als Langzeitbetreuungsbesuche (LBB) zu titulieren, 20 als Erstbesuch (EB) und 10 als dringliche Akutvisiten (DV). In Prozenten waren 79 % Langzeitbetreuungsbesuche, 14 % Erstbesuche und 7% dringliche Visiten angefallen. 79 % Frauen und nur 21% Männer.

○ Langzeitbetreuungsbesuch    ● Erstbesuch    ○ Dringliche Visite



Die Verteilung der Geschlechter entsprach der in anderen Untersuchungen.  
39% der Beratungsfälle konnte ich dem Herz-Kreislauf-Lungenbereich zuordnen.  
6% der Niere und Urogenitaltrakt.  
33% dem Formenkreis Psyche, Neurologie und Psychosoziales.  
4% waren Infekte.  
24% gingen an Orthopädie/Unfall.  
7% waren dermatologisch/phlebologisch bedingt.  
17% waren Stoffwechselerkrankungen (fast ausschließlich Diabetes).  
24 % oncologisch.

So sind es Herz-Lungen-, psychiatrische Erkrankungen und orthopädisch degenerative Beratungsursachen die geriatrische Patienten zu Hause festhalten.

(Da pro Visiten oft mehrere Beratungsanlässe anstanden liegt die Prozentsumme über 100). Es fielen also 1,54 Beratungsanlässe pro Visite an. (In einem Vergleich der Beratungsanlässe pro Konsultation in der Sprechstunde kam ein Quotient von 1,8 zu Tage).

Dem Begriff „Frailty“ versuchte ich ebenso mit einer Zuordnung gerecht zu werden. Da noch keine genaue Definition von „Frail“ bestand, habe ich Symptome wie unsicherer Gang auf Grund allgemeiner Schwäche, Sarkopenie, Abhängigkeit von Hauskrankenpflege und 24-Stunden Betreuung als Zuordnungsgrund genommen. Zwischenzeitlich ist der Begriff von „Frail“ aber genauer durch Linda Fried et al beschrieben worden. In einer Rekapitulation deckt sich aber meine Einteilung in etwa mit 3 Punkten mit der nun gültigen Definition: Gewichtsverlust >5kg, Sarkopenie, langsame Beweglichkeit, Antriebslosigkeit und verminderte Aktivität.

Dabei entsprachen in der angegebenen Beobachtungswoche 31,5% der visitierten PatientInnen dem Begriff „Frail“.

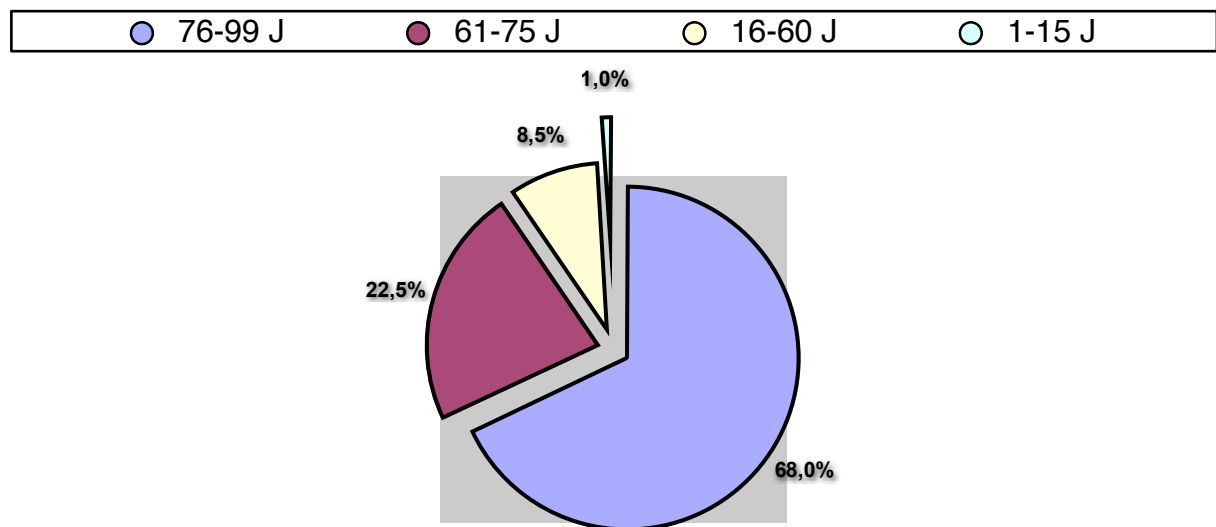
Dies wundert wenig, wenn ich die Altersverteilung der Visitierten aufliste:

68% waren zwischen 76 und 99 Jahre alt.

22,5 % 61 – 75 Jahre.

8,5% 16 – 60 Jahre.

Knapp 1 % 0 – 15.



Diese Daten unterliegen jahreszeitlichen Schwankungen.

**Aus diesem Untersuchungsergebnis bestätigt sich die Annahme, dass die Hausbesuche in der überwiegenden Zahl geriatrische Visiten darstellen.**

**Die Tätigkeit der niedergelassenen Allgemeinärzte nach Altersfallzahlen betrachtet, ist die eines Geriaters.**

Vor Jahren wurde das Thema Hausbesuch in der Stadt und auf dem Land im Allgemeinmedizinischen Qualitätszirkel Linz-Stadt diskutiert und durch eine Visitation einer Stadtkollegin ergänzt. Als Ergebnis sind die beträchtlichen Frequenzunterschiede in der Stadt-Landvisite vor allem durch die Wohnformen (Hochhäuser) und verkehrstechnische Probleme (Verkehrsstau, Parkproblematik) zu erwähnen. Es macht schlichtweg weniger Spaß in der Stadt Visiten zu fahren wo dies noch aufwändiger ist als am Land.

Leider sind auch die Entwicklungen im Bereich von „e-healthcare“, von der e-card , e-rezept, e-einweisung, e-überweisung und der elektronischen Gesundheitsakte nicht dazu angetan die Visitentätigkeit zu forcieren. In all den Jahren habe ich den Eindruck gewonnen, dass bei der Planung solcher Projekte einfach vergessen wird, dass der Hausbesuch ein wesentlicher Anteil der allgemeinmedizinischen Tätigkeit ist. Leider trifft, meines Erachtens, da auch die Schuld unsere Landesvertretung. (Diese haben aber immer weniger Verhandlungsargumente wenn die Visitentätigkeit weniger wird).

Die Visitentätigkeit, dürfte in der Kollegenschaft leider immer weniger beliebt sein. Zeitlich zu großer Aufwand bei nicht entsprechender Honorierung dürften Gründe sein.

Auch die Abwesenheit von der Ordinationsadresse mag hinderlich sein.

Das improvisierte Setting des Hausbesuchs., die unterschiedlichen räumlichen Bedingungen, welche eine jedesmal neue Einstellung bei der Arbeit verlangen.

Pro und Contra den Hausbesuchen aus der angenommenen Sicht von PatientInnen und Angehörigen , Arzt und Sozialversicherung :

### **Patient und Angehörige:**

**Pro:** ÄrztIn kommt vorhersehbar in regelmäßigen Abständen. Braucht sich keine Gedanken um wiederkehrende Untersuchungen, Kontrollen, Rezeptbesorgungen machen. Hat keine Wartezeiten wie in der Ordination zu befürchten. Hat keine Transportprobleme und Wegehürden zu erwarten. Kann in ihrer/seiner temperierten Wohnung bleiben und muss sich nicht über Kleidung alterieren.

Der PatientIn erfährt die Sicherheit einer allgemeinärztlichen kontinuierlichen Betreuung.

**Contra:** Allgemein wird der Bequemlichkeit etwas Vorschub geleistet. Sein Image als kranker Mensch wird dadurch verstärkt, indem er zeigt, dass er nicht mehr ausreichend mobil ist, die Ordination aufzusuchen. Auch könnte die Meinung entstehen, sollte er noch nicht sterbenskrank sein, dass ihn die Mitbürger der ungerechtfertigten Inanspruchnahme von Sozialleistungen bezichtigen.

Diese Einwände gelten natürlich nur für den/die teilmobilen gebrechlichen PatientIn. Beim bettlägerigen, palliativen PatientIn gibt es kaum ein Contra, außer, daß



eventuell die ärztliche Visitenbereitschaft einer von der Umgebung gewünschten Verlegung in ein Pflegeheim etwas entgegensteht. Meist ist ja mit Hilfe von Pflegepersonen die Betreuung auch von chronisch schwerkranken PatientInnen zu Hause durchführbar. Dies verlangt allerdings von den Angehörigen Aufwendungen und Kompromisse. Die Unterbringung in einem Pflegeheim wäre einfacher für die Angehörigen. Dieses Contra ist wohl selten. Meist empfinden die Angehörigen die Betreuung ihres kranken Verwandten als „erfüllende Pflicht“. Aber auch in diesem Beziehungsaspekt können pathologische Entwicklungen beobachtet werden: Nicht selten entwickeln pflegende enge Angehörige ein übertrieben fürsorgliches Verhältnis zum Pflegling, dass sie einerseits die empathische Distanz verlieren und unverhältnismäßig überzogene Aufwendungen betreiben und verlangen lässt .

#### **Aus der Sicht des Arztes/Ärztin :**

**Pro:** Die Visitentätigkeit ist meines Erachtens eine willkommene Abwechslung zur Ordinationstätigkeit. Man kommt an die frisch Luft, macht mehr Bewegung (man unterschätze nicht 20 mal aus dem Auto aus- und einsteigen, die Arzttasche und Zusatzgeräte zu nehmen , Treppen hinauf und hinunter). Die Wegzeit dient der intellektuellen Pause, Eindrücke der Natur am Land aufzunehmen (Mein Vorgänger, ein passionierter Jäger, war immer mit Feldstecher und Gewehr auf Visite in seinem Revier).

Die unmittelbare Kenntnis von Patientenumgebung verbessert die Primavistadiagnostik, Entspannterer Umgang da weniger Multitasking. Kontakt mit der Familie des Patienten. Zusätzlich ist man bei der Visitentätigkeit auf Augenhöhe mit PatientIn und deren Familien. Die Patienten reden sich leichter als in der Ordination.

Den Zeitplan erstellt sich der Arzt ähnlich einer „Terminordination“, welche ja in der allgemeinmedizinischen Kassenpraxis nicht funktioniert.

Welchen hohen Stellenwert der Hausbesuch dann doch wieder haben kann, sieht man in den Bestrebungen verschiedenster Interessengruppen ihre fachspezifischen Besonderheiten mittels speziell geschulter mobiler Kräfte in den extramuralen Bereich zu tragen. Diese Entwicklung wird zum Teil durch die nicht entsprechende Vorortpräsenz des Allgemeinmediziners gefördert, der durch Zunahme von Schwere und Anzahl chronisch Erkrankter überfordert ist. Eine leider, mangels entsprechender Mittel und Personal berechtigte Sorge. Diese „Spezialisten“ leisten natürlich im

ihrem eigenen Gebiet sehr gute Dienste und die daraus resultierenden Statistiken werden dann zur Rechtfertigung dieser Dienste dem Finanzier gegenüber herangezogen. Wir sollten aber lieber die „Kirche im Dorf lassen“ , die Vorortmedizin stärken, zusätzliche Hilfsdienste den „Domestici“ unterstellen, anstatt immer neue Parallelstrukturen zu erfinden.

Derzeit umsorgen, neben den Angehörigen, folgende „Dienstleister“ den Patienten: Der Hausarzt, die Hauskrankenschwester, die 24-Stundenbetreuung, die Physiotherapeutin 1-2 mal pro Woche. Fallweise eine Logopädin, eine Diätassistentin, Sozialarbeiter ein Sanitätsfachdienst (Betten, Toiletten, Gehhilfen etc). Selten kommt auch mal das Notarztsystem dazu. Auch der Pfarrer sollte hier erwähnt werden, ersetzt er doch oft den psychologischen Dienst und bringt zusätzlich das therapeutische Mittel des Glaubens mit ein.

Nach der neueren Entwicklung käme noch dazu: Die Herzinsuffizienzschwester, die Wundmanagerin und welche Spezialentwicklungen die Zukunft noch bringen wird.

Eventuell entwickelt sich auch eine Art ärztliche Fernwartung, wie kürzlich vorgestellt und getestet: Klinische und physikalische Parameter werden durch transpondierende elektronische Waagen, Blutdruckgeräte, Blutzuckermessgeräte und Befindlichkeitskalen in einen Zentralcomputer eingefunkt und zentral überwacht werden. Über diese Zentrale wird der Hausarzt informiert, sollte der Patientin aus einem Normkorridor ausbrechen. Dies sind alles sehr interessante Entwicklungen der Telemedizin, sind aber speziell in der Medizin, die sich wieder mehr der „Zuwendungsmedizin“ verschreiben sollte, bedenklich und darüber hinaus sehr teuer. Bedenken Sie: Jede dieser Spezialhilfskräfte benötigt Ausrüstung und Organisation. Wäre es nicht sinnvoller die Kräfte zu bündeln und dem Hausarzt wieder diese Aufgaben im Sinne einer „Oberhoheit“ zu übertragen. Dieser Satz mag jetzt ein „Überlastungsstöhnen“ beim Leser bedingen. Aber natürlich muss ein Bündeln der Kräfte auch ein Bündeln der Mittel bedingen. Diese müssen die Aufwandsentschädigungen, Ausbildungen und die Abgeltung der besseren Qualität beinhalten. Es müssen Geld- und Zeitressourcen geschaffen werden um die Hauskrankenpflege zu umfassenderen Leistungen zu motivieren. Sicherlich wird eine Aufstockung von Ärztepersonal und Krankenschwestern nötig werden.

In einer Zeit des allgemeinen Sparens habe ich wenig Hoffnung, dass der Istzustand in den Sollzustand übergeführt werden könnte.

Derzeit habe ich den Eindruck, dass von verschiedensten Stellen, wie der Gesundheitspolitik, dem Rettungswesen, Pflegeorganisationen und Krankenhausambulanzen, diese durch Pharma- und Geräteindustrie gestützt, lieber Parallelversorgungsstrukturen aufgebaut werden, teilweise ohne sich der ökonomischen Dimensionen bewusst zu sein, die nebenher noch den ortsansässigen Mediziner ins Abseits drängen, anstatt die an und für sich bewährte Struktur zu verbessern und zu stärken.

Die politischen Bekenntnisse zur Aufwertung der extramuralen Medizin sind zweizüngig: Stärkung bedeutet nach der derzeitigen politische Auffassung eine überbordende Belastung der ohnedies bereits überforderten Allgemeinmediziner. Diese Überlastung zeigt sich nicht augenscheinlich. Aber die Zunahme von Burn out mit körperlichen Gebrechen und Suizid, und in der Unmöglichkeit die organisatorischen und verfahrenstechnischen Auflagen für eine entsprechende Qualitätskontrolle auf europäischem Niveau zu erfüllen. So bleibt es ein „Fortwurschteln“ bis ein „Kunstfehler“ passiert, der dann in der Öffentlichkeit breit ausgetreten wird, von einer Öffentlichkeit die derzeit kein Interesse an Veränderungen hat, da diese natürlich finanzielle Mittel beanspruchen würden.

Geschätzt müssten die Mittel für eine zufriedenstellende, umfassende extramurale Betreuung gut verdoppelt werden. Die Anzahl der allgemeinmedizinischen Vertragsärzte in etwa mit dem Faktor 1,5 bis 1,8 multipliziert werden.

Die zuletzt entschiedenen Einsparungen beim Pflegegeld werden die Bereitschaft der Angehörigen zur Pflege vermindern und die Aufwendungen für die Pflegeheime steigen lassen.

Über eine mögliche neue Struktur für eine solche umfassende Versorgung noch später in diesem Papier.

**Contra aus Ärztesicht:** Mehr Zeitaufwand pro Patient. Könnte in der Ordination „mehr weiterbringen“. Die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen anstelle von Visiten wäre lukrativer. Schlechtere Hygiene, kompliziertes Handeln, höherer materieller Aufwand.

Längere Exposition gegenüber den Gefahren im Straßenverkehr.

Zusätzliche Ausrüstungskosten mit oft geringer Auslastung. (Portables EKG, Defibrillator, Ohrenspülgerät, Verbandkoffer, Sauerstoffflasche, Notfalltasche, urologisches Set. uvam)

### **Sicht des Versicherers:**

**Pro:** Patientenzufriedenheit. (Die Kasse bezahlt ihm den vermeintlich teuren Arztbesuch) (Kassenmeinung\*) ). Hausbesuche werden von den Patienten hoch geschätzt.

*(\*) die Reparatur eines WC-Spülkastens (Dichtungswechsel) war 2004 gleich teuer wie eine Nachtvisite (22 Uhr) wegen hohem Fiebers bei einer akuten Tonsillitis).*

Casemanagement vor Ort durch einen Spezialisten, welcher Patient und Umgebung kennt. Rücksichtsvoller (anerkennender) Umgang mit Ressourcen. Der Hausarzt ist Spezialist im Improvisieren. Verminderte hochspezialisierte Untersuchungen und Therapien durch die „5-Sinnmedizin“ des Praktikers. Dadurch auch Reduzierung von Sonderbehandlungen und Transportkosten. Verminderte Einweisungsfrequenz vermutlich ebenso.

**Contra:** Die höheren Kosten der Hausvisite in Vergleich zu einer fast kostenlosen Ordinationsbehandlung (Erst die 3. Ordination wird mit einigen Euro abgegolten). Die eventuell schlechtere Behandlungsqualität umständehalber bei der Visite.

**Extra:** Sozialhilfverband spart durch Pflege zu Hause. Weniger Senioren- und Pflegeheimplätze werden benötigt. Ohnehin ein kaum zufriedenstellend lösbares Problem.

Die auch als Alternative zum ärztlichen Hausbesuch angedachten Betreuung der bettlägerigen Patienten durch geschulte Krankenschwestern, welche billiger sein sollten, halte ich zumindest in der österreichischen Struktur, als schlechten Ersatz für die derzeitige Art der Hausvisite. Bei diesem Modell sollte die Krankenschwester die Routinevisitentätigkeit durchführen und sich bei Problemen mit dem Hausarzt kurzschließen. Dadurch würde der Hausarzt entlastet und könnte leistungsfähiger in seiner Ordination arbeiten. (Die ökonomische Rationale erübrigt sich schon alleine durch den Umstand der unterschiedlichen Arbeitszeiten von freiberuflichen Allgemeinmedizinern und den angestellten Krankenschwestern).

Nach diesen theoretischen Darlegungen nun meine Auseinandersetzung mit dem Thema. Mit der eigenen, nun 25 jährigen Erfahrung als niedergelassener Landarzt,

fühle ich mich berechtigt den Versuch „Die Arztvisite in der ländlichen Struktur“, einer Analyse zu zuführen.

Bei der kassenärztlichen Einschulung, beim Thema Hausbesuch, sprach der nichtärztliche Kassenvertreter abfällig von der „Betreuungsvisite“. Er meinte damit den Langzeitbetreuungsbesuch. Also einer Tätigkeit, welche keine herausragenden medizinischen Handlungen, quasi als Leistungsprodukt für den Versicherer, erbringt. Mein Vorgänger war ein fleissiger „Visitierer“. Sogenannte „Reihenbesuche“ gehörten zu seiner Routine.

Ich hatte also diese Routine zu übernehmen, wenn auch in all den folgenden Jahren die Visitenfrequenzen rückläufig waren .

In meinem Versorgungsbereich befinden sich ein Heim für ca 200 schwerstbehinderte Patienten und eine Wohnanlage für „betreubares Wohnen“ (Bautechnisch auf betagtere und leicht behinderte Bewohner ausgelegt. Betreuungspersonen auf Abruf.) Erfreulicherweise kein Altersheim. Hauptsächlich ländlicher Bereich in ausgeprägter Stadtrandlage und Wohnanlagen, Bauern- und Privathäuser). In den letzten Jahren ist es durch die Errichtung von Wohnanlagen zu einer Verjüngung in der Bevölkerungsstruktur gekommen. Umso bemerkenswerter die weiterhin bestehende prozentuell massive Übergewichtung der älteren Bürger in der Visitenstatistik.

Da der Hausbesuch eine kassenärztliche Leistung darstellt und im Versorgungsauftrag enthalten ist, sind natürlich die Zeitressourcen sehr begrenzt und die derzeit erbrachten Leistungen stellen aus meiner Sicht das „Maximum des derzeit Machbaren“ dar.

Über 7 Arbeitstage gerechnet komme ich auf ca 20 Besuche täglich. Wobei die Gesamtanzahl der Hausbesuche durch epidemiologische Ereignisse und auch wochentagabhängig variiert. Speziell in den beiden untersuchten Wochen waren einige intensiver zu betreuende Patienten für die hohe Anzahl verantwortlich. Akutverschlechterungen von sogenannten Dauerpatienten können durch tägliche Mehrfachbesuche den Schnitt erheblich verändern und für den Behandler sehr belastend werden.

Gleichzeitig drei und mehr Multimorbide in akut labiler Krankheitssituation betreuen zu müssen, kann den Arzt schon an die Belastungsgrenzen bringen. Diese PatientInnen brauchen die ärztlichen Zeitressourcen auf und kosten mentale Energie, welche auch für den Rest der Praxisarbeit erhalten müsste.

***Die ärztliche Arbeit ist ,bei aller Routine, doch ein „Kreativjob“.***

Die Ausgleichsbeschäftigungen im Sinn einer „Psychohygiene“, kulturelle Aktivitäten und die regelmäßige Ausübung einer oder mehrerer sportlicher Tätigkeiten muss sein, scheitert aber oft an der Zeitdimension. Der Besuch eines Qualitätszirkels und die Teilnahme an Balintgruppen hat sich mir als nützlich erwiesen.

Immer wieder steht unser Leistungserbringen im Konfliktbereich zu Honorarlimitierungen.

Diese Limits, als *„regulierende Maßnahme für die das Notwendige nicht überschreitende Heilbehandlung“* (Auszug aus der GK-Honorarverordnung), sind meines Erachtens unnötige Schikanen, welche einer empathischen Krankenversorgung entgegenstehen. Die Dokumentationstätigkeit, in medizinischen und medizinisch-rechtlichen Belangen unverzichtbar, wurde in den letzten Jahren durch kassenvertragsseitige Forderungen über ökonomische Verschreiberichtlinien unnötigerweise kompliziert und frisst ebenso Energie und Zeit.

Durch den „Versicherungsmix“ der Patienten ergibt sich dennoch eine Beanspruchungsfrequenz die die Limitierung der Visitenanzahl meist nicht erreicht. Andernfalls habe ich aber die Erfahrung gemacht, dass die GKK ein Überschreiten dieses Limits bei Begründung nach Ansuchen über den „Härtefonds“ teilweise vergütet.

Der durchschnittliche tägliche Zeitaufwand für die Visitentätigkeit beträgt in meiner Praxis, in den ersten 4 Wochentagen ca 3 bis 4 Stunden. Die durchschnittliche Verweildauer mit eingerechneter Fahrzeit liegt bei ca. 15 Minuten. Dies mag kurz erscheinen, erklärt sich aber durch die Streckenplanung und die disziplinierte Vorbereitung, sowohl der PatientInnen als auch des Arztes. Der Zeitaufwand liegt höher als der von Tönis angegebene. Dafür fällt beim Hausbesuch meist die Zeit für das Auskleiden, e-card-Suchen und Herumkramen nach Notizzetteln und Medikamentenpackungen weg.

Auch kann ich als „kommender und gehender Behandler“ zu lange, abschweifende Gespräche eleganter beenden als in der Ordination, in der der Patient den Besucherstuhl freiwillig wieder hergeben muss.

Rein wirtschaftliche gesehen, ist die Honorierung der Visite bei in Rechnungsstellung aller Aufwendungen (zb Doppelgeräteschaften, Fahrtzeiten, Kfz-kosten) nicht kostendeckend, gehört aber meines Erachtens zu den grundsätzlichen und unverzichtbaren Tätigkeiten des Hausarztes.

Ein mögliches Streitthema mit den Versicherern wäre manchmal die Feststellung ob der Patient nun doch in der Lage gewesen wäre, selbstständig in die Ordination zu kommen.

Dies mag hie und da schon mal so zu sein, dass bequemlichkeitshalber man mal den Arzt kommen lässt. ( Die Gattin des inhaftierten Bankers Elsner zur Ablehnung der Enthftung, welche aus gesundheitlichen Gründen angestrebt wurde: „Mein Mann würde ständig zu Hause bleiben und die Ärzte zu sich nach Hause kommen lassen.“ )

Meist trifft dies eher bei akut erkrankten jüngeren Patienten zu, die sich auch bei sogenannten banalen Erkrankungen als todkrank fühlen.

### **Gegenüberstellung der Behandlungsqualität beim Hausbesuch zu der bei der Ordinationstätigkeit:**

Keine Vorteile bringt die Ordinationstätigkeit hinsichtlich der „Primavistadiagnostik“ Das Sehen mit dem „3. Auge“, das Hören mit dem „3.Ohr“, das Erfassen der Patientenumgebung (Wohnbereich, Umgebung, Gerüche, Lärmbelastung ) findet beim Hausbesuch mehr Möglichkeiten.

Das Zeitmanagement gelingt beim Hausbesuch besser als in der Ordination. Beim Besuch kommt und geht der Arzt – in der Ordination der Patient. Auch die Zeit zum Aus- und Anziehen fällt weitgehend weg. Durch Angehörige hat man eher helfende Hände zur Stelle als in der Ordination durch die anderweitig beschäftigte Assistentin. Herumkramen und Suchen nach e-card, Notizen, aufgebrauchten Medikamentenschachteln minimiert sich beim Hausbesuch, da in Erwartung des

Arztes fast ausnahmslos die Unterlagen durch Angehörige vorbereitet wurden. Zeitmäßig negativ zählt aber natürlich der Verkehrsweg.

Nachteilig beim Hausbesuch vor allem die nicht mögliche elektronische Dokumentation, Nachsehen von Pharmakainformationen. Spontanes Nachgoogeln von Wissensdefiziten. Assistenz für kommunikative Angelegenheiten (Delegieren von Telefonaten zur Terminvereinbarung für Untersuchungen, Transportanforderungen uvm.)

Auch die Ergonomie der eigenen Ordination vermisst man .

Theoretisch wäre manches online, mit einem Notebook machbar. Aber schon das Gerätehochfahren würde vermutlich zusätzlich Zeit kosten. Die Verlässlichkeit der Verbindung vermutlich immer wieder Ärgernis sein. Gerade als Gegensatz zur automatisierten Dokumentation in der Ordination, bietet die Visitentätigkeit Möglichkeiten noch ursprünglich mit Schreibgerät und Kartei zu arbeiten.

(Vermutlich werde ich mich aber auch beim Hausbesuch langsam mit der elektronischen Dokumentation und simultane Einbindung in die Ordinationshard- und software vertraut machen müssen.)

Die hygienischen Umstände sind natürlich beim Hausbesuch oft katastrophal . (allerdings möchte ich nicht über die unterschiedlichen Keimresistenzlagen in Patientenwohnung und Ordination konfrontiert werden). Es müssen oft Eingriffe unter Umständen durchgeführt werden, die nicht dem hygienischen Standard entsprechen (Punktionen, Infiltrationen, Kathederwechsel, Wundversorgungen, Ohrspülungen). Ist schon in der Ordination der Rechtsstand des Arztes bei bestimmten Handlungen problematisch, so verschärft sie sich beim Hausbesuch nochmals. Andererseits ist dieses improvisierte Handeln das einzige der Realität entsprechende Vorgehen, die eine Versorgung von Jederman/frau für den Versicherer leistbar macht. Die Problematik von intravenösen Infusionen sei aufgezeigt.( Meist kein medizinisches Fachpersonal zur Infusionsüberwachung.) Abwarten kann der Arzt aus Zeitgründen auch nicht. Subcutainfusionen sind eine Alternative. Ein Rettungstransport in die Ordination zu einer bestimmten Behandlung, wie intravenöser Infusion, ist gangbar.

Spezielle Diagnostik wie EKG, Labor (INR, BZ, BSR) und Blutabnahmen, Harnbefund (nur visuell) Spirometrie sind mit einiger Mühewaltung teilweise beim Hausbesuch möglich.



Auch an dieser Stelle will ich nochmals aufmerksam machen, dass es sehr schwierig ist medizinisches Arbeiten beim Hausbesuch so zu gestalten, dass dieses auch den Qualitätskriterien für eine europaweit gültige Zertifizierung entspricht.

(Siehe „Ordinationshandbuch des ärztlichen Qualitätszentrum der OÖÄK zur Praxiszertifizierung nach dem „epa-Gütesiegel“)

Die übliche Physiotherapie mit MW, KW, Strombehandlung , Ultraschall entfällt. Anstelle muss mit Hausmittel das Auslangen gefunden werden. Ein mitgebrachtes „Handout“ über solche erleichtert .Mobile Physiotherapie zur Krankengymnastik ist nun oft flächendeckend verfügbar.

Beschreibung der Hilfen, die den Hausbesuch organisierter werden lassen sollten:

Mir hat sich seit Jahren das Führen eines Visitenheftes bewährt. Dies beschafft mir der/die PatientIn.

Ich bevorzuge ein „Schularbeitenheft“ liniert mit rotem Seitenrand, DIN A4.

Dies ist mit Namen, Versicherungsnummer, Geburtsdatum, Adresse, Krankenkasse, Gebührenstatus beschriftet . Auch klinisch relevante Unverträglichkeiten und Allergien werden auf das Deckblatt geschrieben. In den folgenden Seiten sind die Dauerdiagnosen, die Unverträglichkeiten, Allergien und Negativerfahrung von Therapieversuchen nochmals niedergeschrieben.. Bei jeder Visite werden Notizen über Befunde und Gesprächsinhalt gemacht. In der rot markierten Seitenspalte können dann Kontrolltermine, Körpergewicht hervorgehoben werden. In einer Klarsichthülle befindet sich ein eigenes Medikamentenblatt nach dem Muster einer einfachen Fieberkurve. In diesem wird die Medikation chronologisch aufgelistet und aktualisiert. (Dieses Blatt wird dann Seite für Seite weitergereiht). Es sollte mit leserlicher Schrift (in Großbuchstaben) geschrieben werden, sodass es auch dem PatientIn oder Angehörigen zur Information dienen kann . Zusätzlich sollte anlassbedingt auch ein „INR-Protokollblatt“ extra eingelegt sein, da dies die Krankenhäuser so wünschen. Durchgeführte Laborbefunde und Kurzarztbriefe werden auch hier deponiert. Die ausführlichen Arztbriefe kommen ohnedies elektronisch in die Computerkartei.

Die Eintragungen in das Visitenheft sollten kurz und unmissverständlich erfolgen, da die Neugierde von PatientInnen und Angehörigen diese einer kritischen Überprüfung

unterziehen und Fehlinterpretationen manchmal zu Missverständnissen führen können.

Das Heft mit Einlagen kann im Falle einer Krankenseinweisung, allerdings mit der Bitte um Rückerstattung bei Dimissio, zur Information der SpitalskollegInnen mitgegeben werden .

Der Aufwand dieser schriftlichen Dokumentation ist geringer als erscheinen mag, zumal in der elektronischen Kartei in der Ordination nur noch Verrechnungsdaten und stichwortartige Hinweise eingetragen werden.

Sollte mal ein/e vertretende/r KollegIn kommen müssen, so liegt eine Grundinformation vor.

Der Aufbewahrungspflicht komme ich nach, indem ich vollgeschriebene Hefte und solche nach Ableben des/der PatientIn in mein Archiv mitnehme.

Sicherlich muss anfänglich auf einen korrekten Umgang und auf sachgemäße Verwahrung vor Ort hingewiesen werden. Oft wird damit respektlos umgegangen. Meine Unzufriedenheit damit wird aber bei Folgebesuchen verstanden.

Zugegebenermaßen gelingt dies nicht lückenlos. Hin und wieder muss auch auf diese Art der Dokumentation verzichtet werden. Dann halt Übertrag von schriftlichen Notizen in die EDV und kleine Medikamentennotiz vor Ort.

Die Methode mit Diktiergerät, Eintragung der akustischen Notizen in die elektronische Kartei durch die Assistenz und vor jeder Visite Ausdruck aus der Kartei, hat sich mir nicht bewährt. Meine Sprechstundenhilfe ist mit ihrem Kerngeschäft völlig ausgelastet.

Wohl aber trage ich meine Visitentätigkeit schon vor Antritt dieser in die EDV-Kartei ein, korrigiere nach absolvierten Besuchen und bringe Rezeptvordrucke mit.

Standardmässiger Ablauf eines Lanzeitbetreuungsbesuches:

Nach der Mittagspause, nach meist 5 Stunden Ordinationstätigkeit mit hoher PatientInnenfrequenz, permanenten Queranfragen –Multitasking, beginnt die Visitentätigkeit meist um 12:40.

Bis vor Kurzem hatte der/die PatientIn die Möglichkeit, während der Hausbesuchszeit, mich am Mobiltelefon direkt zu erreichen. Die Nummer , sofern diese ihr/ihm nicht bekannt war, konnte er über den Telefonanrufbeantworter erhalten. Eine direkte Rufumleitung fand ich nicht angebracht, da damit eine weitere

Hemmschwelle wegfiel, auch wegen Banalitäten mobiltelefonisch zu stören. Dennoch wurde im Laufe der Zeit diese Art der Nachmittagsbefragung zu einer belastenden Unart. Neuerlich erfolgt die Vermittlung zum Arzt über die Ärztlerufnummer 141 des Roten Kreuzes. Dort wird mit Kontaktweiterleitungen an mich sehr sorgfältig umgegangen.

Die Planung ist bei Reihenbesuchen jeden Tag ziemlich gleichartig. Ich versuche die Verkehrswege möglichst kurz zu fassen und eventuell vorhersehbare Verkehrsbehinderungen zu umfahren. (Bautechnisch bedingte Straßensperren teilt mit das Straßenbauamt rechtzeitig über Mail mit.) Überraschenderweise variieren die Besuchszeiten bei den Besuchen kaum. Irgendwie geht es sich fast immer auf die Viertelstunde aus bei einem bestimmten Patienten zu sein. Diese erwarten diese Pünktlichkeit. Ich weiß natürlich über „Schleichwege“, Pfützen, Hindernisse beim jeweiligen Patientenhaus bescheid.

Mittlerweile hat sich selbst die Schrittfolge, die Grifffolge beim Nehmen der Arzttasche und der Rhythmus des Eintretens in die PatientInnenwohnung, die Begrüßung, die Rücksichtnahme auf den Haushund und andere nebensächlich erscheinende Umstände eingespielt. Aufzupassen habe ich natürlich darauf, dass die Routine neue Indizien nicht verblendet. Nach dem Händeschütteln, das trotz aller hygienischer Bedenken am Land dazugehört, die orientierende, offene Frage, nicht unbedingt an den PatientIn alleine gerichtet, nach dem Befinden, nach Besonderheiten um das Gespräch zu eröffnen. Zuvor eventuell noch Bemerkungen über nichtmedizinische Umstände wie Wetter, Ernte, Tagesereignisse um den Patienten „abzuholen“. Den/die Bettlägrige/n berühre ich flüchtig an der Schulter um meine physische Anwesenheit mitzuteilen. Je nach Lage einige Worte zur Aufmunterung, wie „Sie haben heute aber eine gute Farbe im Gesicht“ oä. Selbstverständlich darf auch Zweckoptimismus mitspielen. Humoreske Bemerkungen haben auch nicht geschadet. Besonders „langdienende“ Patienten haben sich auch schon mal einen „Spitznamen“ verdient, ohne jedoch läppisch zu wirken. Hat sich der Patient oder die Pflegenden geäußert, wobei rhetorische Ausschweifungen abgekürzt werden müssen, ev. einige geschlossene Fragen um gezielt Informationen zu bekommen. Es folgen nach „bewusst klinischer Blickerfassung“ die Abnahme von Blutdruck, ev. P02, je nach Falllagerung BZ, Blutabnahme, INR, je nach Situation klinische Untersuchung. Einmal im Jahr wird ein

Basislabor veranlasst. Blutbild und Thrombozyten, Kreatinin und glomeruläre Filtrationsrate nach der MDRD-Formel, Transaminasen, Ferritin, bTSH, Lipidstatus, Gesamteiweiß und Ionogram. Eventuell , nach schriftlicher Dokumentation, Änderungen der Medikation mit genauer Instruktion und Änderung im Medikamentenblatt. Ev. Anordnung von fachärztlichen Untersuchungen und Transportorganisation , Verordnung von Heilbehelfen, Anregung zu bestimmten pflegenden Maßnahmen und Diäten. Besonders bei ausländischen Pflegepersonen sind auf die oftmals sprachlichen Probleme Rücksicht zu nehmen. Besonders anfänglich muss ich mir Gewissheit darüber schaffen, ob eine entsprechende Pflegequalifikation vorhanden ist. Was sagen die Angehörigen über diese Person. Wie geht diese mit dem/der PatientIn um. Wie hilft sie diesem aus dem Rollstuhl in das Bett. Zeigt sie entsprechende Pflegekenntnisse. Ich hatte im letzten Jahr 2x den dringlichen Verdacht, dass beim Umlagern vom Rollstuhl in das Bett der Oberschenkelknochen gebrochen wurde. Ich habe aber großteils sehr gute Erfahrungen mit den vorwiegend aus der Slowakei stammenden Pflegepersonen gemacht. Besonders deren Empathie gefällt mir. Manchmal wird dann noch über Pflegegeld, Heilbehelfe, Ernährung, Stuhlregulierung gesprochen. Auch mal über Verfügungen, Sachwalterschaften. Manchmal gilt es Dauerkatheder, gastrale Sonden, meist „Buttons“ , Port a cath -Nadeln zu wechseln. Es folgen Notizen über erst zu Hause durchführbare Erledigungen (Suchgiftrezeptvignetennummern, Extraleistungen uvam).

Schmerzpumpen stellen eine besondere Herausforderung dar. Oft hat man jahrelang keinen PatientIn mit einer solchen Behandlungsmethode. Der Umgang mit diesen erfordert aber Übung und die Bedienungsschritte sind nicht intuitiv. Auch argwöhnt der/die PatientIn, wenn man sich zu kompliziert anstellt. Eine geschulte Fachbetreuung und eine valide Telefonnummer zu einer Palliativabteilung, quasi als Jocker, helfen da viel.

Ein oft langatmiges Thema ist die Klarstellung bei Unzufriedenheiten der Angehörigen und des Patienten mit der eigenen ärztlichen Leistung, und der von fachärztlichen KollegInnen, Spitälern, dem Transportdienst, der Pflege.

Klarstellungen über die Heilmöglichkeiten der Schulmedizin und bei deren Versagen dennoch die Hoffnung nicht sterben zu lassen gehören ja zur großen Kunst des ärztlichen Handelns. Beschwerden über Andere, meist ÄrztInnen versucht man immer zu mitigieren, keine Schuldzuweisungen und um Verständnis werben.

Manchmal ist aber bei unverschämten Ansprüchen eine kategorisch ablehnende Haltung zu waren. Diese Autorität hat man sich in der jahrzehntelangen Betreuung geschaffen.

Es ist erstaunlich wie viele zu berücksichtigende Punkte in der relativ kurzen Beratungszeit zusammenkommen. Bewusst wäre dies auch nicht möglich. Integratives Wahrnehmen, Verknüpfen, Antizipieren, Körpersprache, Mimik ergänzt durch medizinische Handlungen ermöglichen ein solch zeitkompaktes Handeln.

Bei all diesen Aufgaben darf aber auch eine weitere Dimension, die der Psyche der Patientinnen und deren Angehörigen mit deren Ängsten, Trauer, Verbitterung nicht zu kurz kommen. Vermutlich die wohl schwerste Aufgabe und ich muss mir immer wieder eingestehen, dass in diesem Bereich vermutlich die größten Defizite vorliegen.

Da reichen oft die 15 Minuten dann doch nicht aus. Die verlorene Zeit muss dann mit „Ultrakurzvisiten“ wieder eingespielt werden.

Die Verabschiedung mit Vereinbaren des Nächstbesuches und der Hinweis auf eventuelle fortbildungs- oder urlaubsbedingte Verzögerungen gehören zwingend dazu.

Um einen entsprechenden Medikamentenvorrat vorzusorgen empfiehlt es sich etwaige Urlaubspläne schon zu Beginn der Visite anzusprechen.

***„Der visitierende Arzt ist ein Sprechender durch Anwesenheit“. Es darf kein „verhinderter Dialog“ werden.***

Sicherlich stellt sich aus der Sicht des Versicherers die ärztliche Leistung beim geriatrischen Hausbesuch nicht gerade großartig dar, da eigentlich wenig leistungsbezogene Positionen abgerechnet werden können. Aber gerade alten Patienten gibt das regelmäßige „Vorbeikommen“ ihres Hausarztes sehr viel Sicherheit und verhindert eine Exacerbation ihrer Grunderkrankungen.

Speziell beim palliativ zu versorgenden PatientIn sind die Aufwendungen und Leistungen ja oft gar nicht im abrechenbar-vertragsärztlichen Bereich zu finden. Es ist die ***„Sprache als wichtigstes Instrument des Arztes“*** die Hoffnung und Verstehen macht.

*Die moderne geriatrische Hausvisite ist eine zeitoptimierte, in all ihren Schritten feinregulierte, ökonomische ärztliche Tätigkeit, die leider mit der „Visitenromantik“ früheren Praktikerlebens nichts mehr zu tun hat.*

Ein älterer Patient, in die Ortschaft aus einer mittelgroßen oberösterreichischen Stadt zugezogen, hat mir von einem praktischen Arzt in seiner Jugend erzählt: „*Dr.B.N. kam immer um ca. 15 Uhr in Begleitung seines Chauffeurs, der ihm die Arzttasche trug, ins Kaffee. Der Arzt im Gehrock, der Chauffeur im Ledermantel. Dort konsultierten ihn, bei einer Tasse Kaffee und einem Cognac, einige Patienten.*“

Ein Handy störte da nicht. Notfälle anderer Patienten waren Schicksal, möglicher Weise, damals, glücklicher Umstand ohne ärztlicher Beihilfe akut zu versterben.

Im Folgenden nun Erläuterungen zur Ausrüstung, die wesentlich zum Gelingen einer Visite beträgt.

Der seinerzeitige Gehrock hat sich mittlerweile zur saloppen Freizeitkleidung, die auch etwas Schmutz verträgt, gewandelt. Nach dem Motte „Kleider machen Leute“ hat sich auch das Image vom „Herrn Doktor“ zum leicht Kumpelhaften geändert. Dies hat aber auch Therapieautorität gekostet. Einen Chauffeur trägt eine allgemeinmedizinische Praxis schon lange nicht mehr.

Das Transportmittel soll für schlechte Straßen geeignet sein, soll, steuerlich bedingt, 8 Jahre Kurzstrecke auf schlechten Wegen aushalten. Soll ausreichend Platz für Gerätschaften haben und entsprechendes Temperament, da dieses manchmal auch flott bewegt werden muss und entsprechend gute passive Sicherheit bieten. Täglich ist es ja 3 bis 4 Stunden Wegbegleiter. Im Sinne eines „grünen Arztimages“ sollte es auch kein umweltverschmutzendes Monstrum sein. Ein Automatikgetriebe ist im Kurzstreckenverkehr eine Erleichterung. Eine Freisprechanlage ist ja nun in der STVO vorgeschrieben.

An Bord: Abnehmbares Blaulicht. (Bewilligungspflichtig. Blaulichtfahrten müssen aufgezeichnet werden.) „Arzt im Dienst“-Kennzeichnung. Kühltasche für Labor und Impfstoffe. Sitzheizung nicht nur für mich sondern auch für den „Coaguheck“ im Winter, da dieser sonst zulange zum Aufwärmen braucht. Reserveschreibgeräte. Ein gutes Navigationsgerät hat sich in den Vertretungsdiensten sehr bewährt.



An nichtmedizinischem Gerät sollte auch ein Suchscheinwerfer, Handy mit Taschenlampenfunktion, Feuerlöscher, Bergedecke, Stiefel, Rettungsjacke mit Aufschrift „Arzt“, Regenschirm dabei sein.

Der Aussage von Tönis, als Allgemeinmediziner bräuchte man keine Notarztausbildung, muss ich widersprechen. Mir haben die Notarztausbildung und die geforderten Refresherkurse mein Wissen wesentlich verbessert und mich in stressbehafteten Notfallsituationen überlegener werden lassen. Die Notarztausbildung muss meiner Erfahrung nach Pflichtfach für den Allgemeinmediziner sein. In der Großstadt mag dies anders sein. Bei Unfällen ist der Arzt fast immer durch ausreichend Hilfspersonal unterstützt. Beim Notfall im häuslichen Bereich muss der Arzt alleine mit ungeschulter, verängstigter Umgebung über die ersten Runden kommen. Oft eine notfallmedizinische Herausforderung im geriatrischen Klientel sind akute Sturzfolgen, akute Herzschwächen und Embolien.



(Erinnere mich an eine adipöse 85 jährige Patientin mit dem Verdacht einer akuten Pulmonalembolie und Schulterbruch, eingeklemmt in einer engen Toilette)

Ich werde in meinem Gebiet seit einigen Jahren vorbildlich durch ein NEF-System



unterstützt. Teile von meiner Notfallausrüstung stammen noch aus der Zeit wo ich ohne Notarzt auskommen musste.

Die Aluminiumkoffer habe ich vor kurzem gegen Laptop- und Fototaschen getauscht.

Darin sind:

Ambubeutel in 2 Größen mit verschiedenen Masken, Guedeltuben, Intratrachealtuben in 4 Größen, Magillzange, Blockierspritzen, Führungsdraht,

Fixierbinden, Eine kleine Sauerstoffflasche wurde in einen Rucksack umgesiedelt. Da mittlerweile jedes Rettungsfahrzeug mit einem Defibrillator ausgerüstet ist, braucht der Arzt nicht auch unabdingbar einen. Allerdings, da man doch oft als Erster beim Notfall ist, sollte ein solcher doch zur Ausrüstung gehören. Ich habe mich, gemeinsam mit meinem Kollegen, einer Aktion des Landes Oberösterreich mit dem Roten Kreuz angeschlossen und relativ günstig einen Halbautomaten erworben. Das RK übernimmt vertragsmäßig die Wartung. Ich meine auch, dass ein portables EKG zur Verfügung sein soll. Mittlerweile kosten auch 12-Kanalschreiber kein Vermögen mehr. Natürlich ist das Handling beim „Feldeinsatz“ durch den „Kabelsalat“ ärgerlicher als in der Ordination, in der ein Kabelgalgen die Elektroden sortiert. Auf den Ladungszustand der Batterie ist zu achten. Alle Behältnisse liegen weich gepolstert im Kofferraum und sind nach einer Art Modulsystem gegliedert. Es gäbe auch entsprechend Fertiges im Fachhandel. Allerdings sind die Preise hoch.

Ein Notfallkoffer mit Ambubeutel, Masken verschiedener Größe und einer entsprechenden, mittlerweile standardisierten Ausrüstung ist unabdingbar. Immer wieder sind die leeren Batterien des Laryngoskopes bei nur sporadischer Verwendung ein Ärgernis. Ich habe als Diagnostikleuchte eine Stableuchte die als Lichtquelle in ein Kunststofflaryngoskop eingeschoben wird. Dies versichert mir immer einen guten Ladezustand der Leuchte, denn die Diagnoseleuchte brauche ich ja täglich. (Welch Allyn).

Weiters: Ausreichend Infusionslösungen mit Überlaufgeräten, Butterflykanülen und Venflonkanülen. Fast ausschließlich verwende ich Ringerlaktat in Plastikbeuteln der Fa Fresenius, „Freeflex“. Diese sind leicht zu verstauen, lassen sich beim Patientenbett an einem (Heiligen-)Bildnagel aufhängen und stoppen selbstständig nach dem Leerlaufen. Sollten diese mal abfallen, stellen sie keine wesentliche Verletzungsgefahr, wie bei Glas oder Hartplastikbehältnissen dar. Als Subkutaninfusion kommt meist Ringerlactat zu Anwendung. Gerade beim geriatrischen, intermittierend zusätzlich an Infekten Erkrankten, kann auf die Wichtigkeit einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr nicht oft genug hingewiesen werden.

Ein oral und intravenös zu verabreichendes Antibiotikum soll man dabei haben (Verdacht auf Pneumokokkeninfektionen)



Ein alter, akut fiebernder Patient, auch noch ohne organbezogene Symptome, bekommt fast immer zumindest initial ein hochdosiertes Penicillin, per os, wenn zumutbar. Lieber 10x Penicillin zu oft gegeben, als einmal eine Pneumokokkeninfektion nicht rechtzeitig antibiotisch angegangen zu haben.

Bei unklar neu deliranten Patienten kommt fast immer neben Flüssigkeit ein Antibiotikum zum Einsatz ,da fast immer intercurrente Infekte ursächlich sind.

Da häufig und unvorbereitet auch Decubitalulcera, vereiterte Hühneraugen bei den sehr häufigen bei Älteren vorkommenden Krallenzehen, Decollements bei der fast immer sehr atrophen Altershaut, Cornua cutanea, Warzen als Beratungsursache unangemeldet anfallen, hat sich mir eine umfangreich ausgestattete Verbandmaterialtasche bewährt. Darin neben althergebrachten Materialien, wie Verbandmull, Steristrips, elastischen Binden etc. auch moderne Verbandmaterialien wie Alginate und Hydrokolloide. Eine sterile Schere, Pinzette, Skalpell wird immer wiedermal zur Wundversorgung und Nahtentfernung benötigt. Reichlich Kurzzugbinden, Trikotschlauchverbände, da Lymphödeme und Varicositas als Ursache von Ekzemen und Ulcera sehr häufig anfallen und nur durch ausreichend angewandtes Kompressionsmaterial suffizient behandelt werden können.

Und gerade die Behandlung der Beinödeme benötigt ausreichend vorhandenes Material.

Ohrspülungen führe ich bevorzugt in der Ordination durch. Allerdings ist die Gehörgangspülung beim Hausbesuch oft nicht zu umgehen. Ein Handpumpe ist im Gepäck. Dabei müssen die Gegebenheiten vor Ort erst aufgebaut werden. Tisch, Sessel und weitere Adaptierungen beim Spülen im Bett. Sie ist sehr aufwändig und pecunarisches betrachtet fällt dies unter „Nächstenliebe“. Eine Trommelfellperforation habe ich auch schon einmal unter sehr widrigen Umständen verursacht. Die Meldung an die Haftpflichtversicherung und eine Abgeltung gingen überraschend rasch.

Ein urologisches Set mit 2-3 Dauerkathedern Char.14, sterile Einmalpinzette, Gleitgel, Hautdesinfektionsmittel, sterile Tupfer. Sterile Handschuhe sind meist den Harnablaufgeräten beigegepackt. 10ccm Spritze , Aqua dest. Einmalfrauenkatheder.

Die Visitenttasche ist ein Produkt ständiger Veränderungen. Die klassische Arzttasche in Leder mit Griff und sperrbarem Verschluss hat ausgedient. (zu klein, unübersichtlich) aber schick , (Meine war in Wasserbüffelleder)

Auch die häufig verwendeten Hartplastikkoffer habe ich dann durch Fototaschen und nun durch ein sehr praktisches und auch preislich vernünftiges Produkt von „Docchek“ (Internet) ersetzt. Diese Taschen halten auch bei starker Beanspruchung für 3 bis 5 Jahre und kosten unter 100,- Euro. Sie sind leicht, haben viele Fächer und erlauben dadurch eine sehr gute Taschenorganisation. (Mit den Hartschalenkoffern bis ich immer wieder angeeckt und habe diese dadurch ruiniert).

Im doppelten Deckel befindet sich ein Ampularium mit Schlaufen. Ich ziehe jedoch die Aufbewahrung der losen Ampullen in kleinen Plastikbehältnissen vor, wie diese auch zum Versand von Laborproben verwendet werden. Die Einzelnen Behältnisse sind über den Inhalt beschriftet und Anforderungen zugeordnet. Keine Unterscheidung treffe ich bezüglich von häufig verwendeten Ampullen und einem Notfallampullarium. Dies hat den Vorteil, dass immer nachgefüllt ist und das Ablaufdatum nicht übersehen wird.

Eine Auflistung der sich mir bewährten Medikamente findet sich im Appendix dieser Arbeit. In Unterteilungen des Hauptfaches befinden sich 2ccm, 5 ccm, 10ccm und eine 20ccm Spritze. Nadeln unterschiedlicher Größen, Venflons 1,2 und 0,8mm, Tuberculinspritzen, Sprühflasche für Hautdesinfektion, Lanzettenbehälter, große Packung von sterilen Tupfern, Blutzuckermessgerät mit Teststreifen. Weitere Medikamente (Steroide, Lidocain, parenterales Aminopenicillin) und kristalloide Steroide benötige ich sehr häufig zur therapeutischen Lokalanästhesie bei den sehr häufig anfallenden orthopädischen Beschwerden. Diese Behandlungsoption spart eine beträchtliche Menge der ohnedies gefährlichen Nichtsteroidalen Antirheumatika. Fieberthermometer, Harnteststreifen, Betaisadon flüssig 100ml, Staubbinde, Blutdruckmessgerät, Stetoskop guter Qualität. In einer Netztasche an der Deckelinnenseite sind Nitrospray, Nifedipinspray,  $\beta$ -Mimeticumdosieraerosol, Novalgintropfen, Psychopaxtropfen, Stesolidrectiolen, Novanest Augentropfen, Clopidogreltableten verstaut.

In einer Außentasche mit Klettverschlußdeckel das Otoskop, Reflexhammer, Händdesinfektionsmittel, Nichtsterile Pinzette, Pulsoxymeter und Arztstempel.

Weitere Seitentasche: Butterflys 21G, Niedermolekulares Heparin zu 80mg in Fertigspritzen, Haftanfix 6cm, Plastikbehälter mit Diversem wie sterile Skalpelle, Akupunkturnadeln, Spritzenpflaster.

Weiter Seitentaschen: Vacuetten „(EDTA Lila, Lithiumheparin Grün, Plotactivator Rot“)

Sterile Handschuhe, und unsterile Handschuhe lose verpackt, Klebeband.

Kleine Außentasche: Diagnostikleuchte, abgepackte Holzspatel, Verbandschere - alles rasch zur Hand. Weitere Außentasche: Plastikbehälter mit Verbandzeug (Oft müssen besonders bei Älteren banale Wunden versorgt werden und durch diese erspare ich mir einen Gang um den Verbandkoffer zu holen.) Darin Pflasterverbände, wasserdichte Klebefolien oder Opsitefolie, Steristrip, sterile Mulltupfer, Varihäsive extradünn.

Die Organisationsmappe mit diversen Formularen, deren Aufzählung im Appendix erfolgt, trage ich extra. Diese enthält Notizblock, Liste Glasgow-Coma-Scale und weitere „Schummelzettel für Dosierhilfen“, Diabetesbetreuungshefte, Einlageblätter für INR, Impfausweise, Resevemedikamentenblätter.

Der Coagucheck der Firma Roche wird in einer kleinen eigenen Tasche mitgenommen, da dieser vormittags auch in der Ordination verwendet wird.

Wichtig ist, dass die gesamte Ausrüstung leicht bei Bedarf in ein Ersatzauto geräumt werden kann. Zu Beachten ist aber, dass das Blaulicht an ein bestimmtes Kennzeichen gebunden ist.

Den Großteil dieser Ausrüstung benötige ich für den geriatrischen PatientIn.

Nun zur Qualitätssicherung.

Vor einem Jahr habe ich meine Praxis einer epa-Zertifizierung unterzogen. Darin ist verpflichtend enthalten, dass auch die Gerätschaften für den Hausbesuch entsprechen überprüft und protokolliert werden müssen. Konkret heißt dies, dass zum Beispiel Inventarlisten für jeden Koffer geführt werden müssen und zum Beispiel Ablaufdatum der Medikamente regelmäßig zu überprüfen und in einem eigenen Protokoll zu vermerken sind. Verantwortlich dafür bin ich als Praxishalter. Könnte aber auch durch eine andere, autorisierte Person erfolgen.

Die Gestaltung der Visitentätigkeit ist weitgehend frei, muss aber bestimmten Kriterien entsprechen, die ohnedies im Ärztegesetz enthalten sind. Zum Beispiel die Dokumentation der Behandlung. Die Erlangung dieses Zertifikats, das alle 3 Jahre erneuert werden muss, ist aufwändig, oft die Arbeit in einer Kassenallgemeinpraxis erschwerend, aber doch eine erstrebenswerte Qualitätsgarantie und daher empfehle ich dieses auch weiter.

Nach der doch ausführlichen Beschreibung eines „Istzustandes“ will ich mir noch eine Skizzierung einer Zukunftsvision erlauben :

Die Zukunft einer ökonomisch führbaren allgemeinmedizinischen Ordination gehört sicherlich der Gruppenpraxis von Allgemeinmedizinern in einer rechtlichen Gesellschaftsform wie einer Erwerbsgesellschaft mit beschränkter Haftung. In meinem Heimatort mit ca. 6000 Bürgern sollten dann schon 4 Allgemeinmediziner beschäftigt sein. Die Praxisräumlichkeiten müssten entsprechend vorhanden sein.

2 Personen für administrative Tätigkeiten und 1-2 Diplomkrankenschwestern würden wohl nötig sein. 1 – 2 Personen wird die Physiotherapie benötigen. Physiotherapeuten wären fein. Entsprechendes Reinigungspersonal . Je nach Anfall sollten 1 – 2 ÄrztInnen Visitentätigkeit durchführen ( Vormittags und nachmittags.)

Die Praxis wäre mit Bereitschaftsdienst 24 Stunden besetzt. Ebenso sollte Visitentätigkeit, wie auch jetzt schon, in dieser Zeit angeboten werden . Es sollte möglich sein einen visitierten, fraglich schwer erkrankten Patienten für einige Stunden in die Praxis zur Überwachung und Abklärung zu bringen, sodass die Aufnahmeambulanzen der Spitäler dadurch entlasten würden. Es sollte möglich sein Ultraschalluntersuchungen und ein Akutlabor auch für D-Dimer, Troponin T , proBNP , CRP , BB, und Blutchemie wirtschaftlich zu führen. Es sollte eine eigene Hausapotheke zur Verfügung stehen.

Die Krankenschwestern sollten im Sinne einer „Gemeindeschwester“ direktiv der Ärzte GmbH unterstellt sein. Die Budgetierung dieser Gruppenpraxis darf nicht dürftig ausfallen. Über die finanzielle Gebahrung hat die GesmbH zu entscheiden.

Wieder einmal sollte ein in medizinischen Kenntnissen versierter Betriebswirt die tatsächlichen Kosten errechnen und in die Tarifverhandlungen mit den Krankenkassen einbringen.

Geldmittel müssen in einem Ausmaß zur Verfügung sein, dass sich diese „Firma“ auch betrieblich „rühren“ kann. Neben der ärztlichen-pflegerischen Aufgabe muss es personell und finanziell auch möglich sein, ordentlich der Dokumentation und der Aufklärung nachzukommen . Dies gilt auch für die Visitentätigkeit. Die Ärzte sollten sich in den verschiedenen Arbeitsbereichen abwechseln können . Auszubildende JungärztInnen und Studenten sollten unterrichtet werden können.

Als angehende Akademiker in sehr verantwortungsvoller Tätigkeit sollten sie dafür auch gut bezahlt werden können.

(dzt. ist es eine Zumutung wie Österreich mit seiner Jungakademikerelite umgeht).

Der temporäre Ausfall des/der einen oder anderen MitarbeiterIn durch Krankheit oder Urlaub darf kein betriebliches Chaos verursachen.

Sollte diese wundersame Vorstellung Wirklichkeit werden, dann werden sich auch wieder genügend Jungärzte für die Tätigkeit des Allgemeinmediziners am Land interessieren.

Ein kurzes Kapitel will ich auch den professionellen Betreuern vor Ort widmen.

Mein Vorgänger war noch sehr skeptisch der Einführung des Pflegedienstes durch Dipl.Krankenschwestern gegenüber. Er konnte zwar auf eine eigentlich nicht ausgebildete „Gemeindeschwester“ zurückgreifen. Deren Ressourcen waren aber auch beschränkt. Teamfähigkeit war damals noch nicht so gefragt. Der Begriff des „Einzelkämpfers“ stammt ja aus dieser Zeit. Auch ich habe noch einige Jahre als solcher gearbeitet. Das Anlegen der Kompressionsstrümpfe und die Ulcustherapie war unglaublich zeitraubend. Mühselig die Verständlichmachung der Medikamentenverordnungen. Ein Umstieg auf Insulin beim Typ II Diabetiker wurde wegen der praktischen Undurchführbarkeit fast immer viel zu spät begonnen.

Erst die Einführung der Wechseldruckmatratzen konnte eine wirksame Decubitusprophylaxe möglich machen. „Ein bisschen mehr Zeit zum Plaudern“ haben die Schwestern auch. Allerdings belastet auch sie die erforderliche Dokumentationsarbeit. Die Qualität besonders der Ulcusbehandlung mit Fotodokumentation und Verlaufsbeurteilung der Heilung beeindruckt mich. Nötige Störungen durch telefonische Anfragen während deren „Visite“ an die Praxis und die manchmal dann nicht abwendbare dringliche Visite bei einem regelmäßig visitierten Patienten – da von Fachpersonal suggeriert- die notwendige Vornahme von Schwestern während der Ordinationstätigkeit, die sich eine Pflegeanleitung bestätigen lassen müssen, sind akzeptable Belastungen. Auch PhysiotherapeutInnen bemühen sich erfolgreich um meine PatientInnen. Bisher stimmt die Hierarchie noch zwanglos in meinem Bereich und die Kommunikation läuft zufriedenstellend. Gegenseitige Wertschätzung dürfte der Schlüssel dazu sein.

Zusammenfassung:

Der Allgemeinmediziner als Geriater mit der Möglichkeit einer Vorortmedizin.

Kompetenz und Qualitätskontrolle auch in der geriatrischen Visitentätigkeit.

Beschreibung der Visitentätigkeit und der erforderlichen Ausrüstung mit praktischen Tipps. Illusionäre Vision der zukünftigen extramuralen Versorgung.

Keywords: Geriatrische Visite. Extramurale Versorgung der alten Patienten.

Vorortmedizin. Gegenseitige Wertschätzung.

**Der geriatrische Hausbesuch ist eine äußerst wertvolle und obendrein noch sehr ökonomische Form der Betreuung alter Mitbürger.**

Appendix:

Medikamente in der Visitentasche:

Ampullarium: Analgesie, Spasmolyse :Buscopan, Paspertin, Vendal, Tramadol, Novalgin, Ketanest. Xyloneural,

Hypnotika: Dormicum, Diazepam, Temesta.

Cardiaca: Lasix , Sedacoron, Suprarenin, Atropin. Ebrantil

Pulmologica: Bricanyl, (Respicur)

Ohne Fachzuordnung: Soludacortin zu 50 und 200mg, Volon A10 und A40, Diprophos ,Celestan biphase, Dibondrin, Deflamat, Aspirin 500 Dstfl., Ulsal , Nacl 0,9% zu 10ml, NMH 80, Novorapid Pen, Haldol Amp, NMH-Fertigspritzen.

Nichtparenteral: NSRA (Felden Quicksolve) Deflamat, Eumitan oa Tryptin, Prednisolon 25mg, Rectoprec 100mg Supp, Parkemed Supp 125 /500mg. Enalapril 10mg , Carvediolol 25mg, Amlodipin 10mg teilbar, Risperidol,Furosemid 40mg Tab., Omeprazol 40mg ,Atarax 25mg, Adumbran 10mg.

Cloporogrel 300mg, Sultanol DA, Nitrolingual Spray, Buconifspray, Novalgin Tr, Psychopax Tr. Stesolid Rectiolen 5 u 10mg . Novocain 0,4% Augentr.

Arztmappe, Formulare: Einweisung, Überweisung, Fahrtkosten, Verordnungsscheine auch für Beitragsbefreite, Rezeptformulare, Pflegefreistellung, Diabetikerbetreuungshefte, Einlageblätter für INR, Medikamentenverordnungslisten, Suchtgiftvignetten,

Diverse Dosieranleitungen, Glasgow-Coma-Scale,

Literaturhinweis:

Allgemein und Familienmedizin Michael M.Kochen (Hrsg.) Beitrag von Hans Tönis  
„Hausbesuch“.

Tlw.Skripten des ÖÄK Diplomlehrganges Geriatrie 2009/10.

Fritz Meerwein „Das ärztliche Gespräch“. Vlg.Hans Huber

Michael Balint „Der Arzt, sein patient und die Krankheit“. Klett Cotta.

Linus Geisler „Arzt und Patient im Gespräch“.

Samy Molcho „Körpersprache“. Mosaik Verlag.

Ausrüstungsabbildung: Dr.Aumayr, A-4072 Alkoven.